LA RÉADAPTATION EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Orientations

Québec

LA READAPTATION EN SOINS DE LONGUE DUREE

ORIENTATIONS

Service des soins aux personnes âgées
Direction générale de la Santé
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

Québec, mai 1986.

Ce document sur la réadaptation en soins de longue durée, élaboré par mesdames Linda Derouin et Renée O'Dwyer, à la requête de la Direction de l'Organisation (Service des soins aux personnes âgées), se situe dans une démarche d'orientation des services aux personnes âgées comme l'ont été ou le seront la courte durée gériatrique, la psychogériatrie, l'hôpital de jour et le centre de jour, la réadaptation en moyen séjour...

La rédaction de ce document fait suite à une consultation auprès d'établissements, d'organismes et de professionnels du réseau. Cette vaste consultation a pris la forme de rencontres, visites, réception de mémoires et s'est terminée par une session de travail regroupant une quarantaine d'intervenants du réseau.

Nous remercions donc toutes les personnes qui ont participé à cette démarche. Grâce à elles, ce document est le fruit d'une réflexion sur la réalité des milieux et du consensus qui se dégage face à la nécessité d'une approche de réadaptation en soins de longue durée.

TABLE DES MATIERES

I DEFINITION DE LA CLIENTELE 1

II LES PROBLEMES DE LA CLIENTELE DE SOINS DE LONGUE DUREE 6

2.1 PROBLEMES LIES A L'ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES 8
2.1.1 Le phénomène de la pluripathologie 8
2.1.2 Les conséquences des pertes sensorielles 8
2.1.3 La complexité des troubles mentaux 10
2.1.4 Le maintien du bénéficiaire dans un état sédentaire . 11

2.2 PROBLEMES RELIES AU CHANGEMENT DE MILIEU 13
2.2.1 Le désengagement 13
2.2.2 La difficulté d'adaptation 15

2.3 PROBLEMES RELIES AU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT 17

III LA READAPTATION EN SOINS DE LONGUE DUREE 20

3.1 DEFINITION 21

3.2 OBJECTIFS GENERAUX VISES PAR LA READAPTATION EN SOINS DE LONGUE DUREE 26

3.3 MOYENS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS 28
3.3.1 Le bénéficiaire 28
3.3.2 Evaluation pré-admission 28

3.3.3 Evaluation à l'admission 29
3.3.4 Elaboration et application du plan d'intervention réadaptation 32
3.3.5 Equipe multidisciplinaire 38
3.3.6 Spécificité de chacune des disciplines 39
3.3.7 L'environnement de séjour 39
3.3.8 Le réseau de santé 42

IV MOBILISATION ET COORDINATION DES RESSOURCES 46
4.1.1 Niveau local (les établissements) 47
4.1.2 Niveau sous-régional 52
4.1.3 Niveau régional 53

V RESUME ET CONCLUSION 55

REFERENCES 63

CHAPITRE I

DEFINITION DE LA CLIENTELE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les soins de longue durée comme "les soins actifs orientés vers la réactivation des fonctions, la réadaptation des personnes et l'amélioration de la qualité de vie". [1]

Ces soins ont pour but d'améliorer ou de stabiliser l'état physique ou psychologique de la personne, de la maintenir en état de jouer un rôle familial et social, de prévenir ou retarder l'apparition de problèmes physiques ou psycho-sociaux.

Selon son état et ses besoins, le bénéficiaire doit trouver l'aide requise à l'intérieur d'un réseau de services adaptés et complémentaires. Les soins de longue durée ont fait l'objet de nombreuses réflexions sur la nature, la quantité et la qualité des services qui doivent y être offerts. Les unités qui s'y consacrent, que ce soit en C.H.C.D. ou en C.H.L.D., devront être autre chose qu'une solution d'attente ou de "bout de ligne" ayant pour conséquence une chronicisation autant des intervenants que de la clientèle.

En effet, il est pénible de constater que le fait de nécessiter un long séjour dans un établissement corresponde fréquemment à un abandon par le bénéficiaire de ses biens, ses droits, ses devoirs et ses pouvoirs. On devrait plutôt retrouver dans un milieu où la durée de séjour n'est pas limitée, des services adaptés qui permettent une récupération en tout ou en partie des fonctions atteintes, et une qualité de vie au moins semblable à celle dont toute personne à domicile peut bénéficier pour maintenir son autonomie et sa santé physique et mentale.

Le Conseil des Affaires sociales et de la famille dans son rapport "Objectif: santé" publié en août 1984 [2], dénonce le fait que notre système de soins, particulièrement dans les hôpitaux de soins de longue durée soit davantage restreint à des préoccupations de type diagnostique et de traitements de problèmes aigus que vers des préoccupations d'autonomie, d'où une pauvreté d'efforts de réadaptation physique et psycho-sociale.

Présentement, le réseau de la Santé et des Services sociaux semble vouloir tout mettre en oeuvre pour éviter l'institutionnalisation et trouver des solutions complémentaires au maintien à domicile, à l'hébergement et à l'hospitalisation. Les efforts orientés en ce sens ne doivent pas limiter le développement adéquat de soins de long terme, autrement on risque d'assister à une consécration des soins de longue durée comme ressource de dernière instance ou de "mouroir".

Dans sa politique à l'égard des personnes âgées: "Un nouvel âge à partager", le ministère de la Santé et des Services sociaux insiste sur la nécessité "de maintenir et d'améliorer les services qui vont assurer aux personnes âgées vivant en institution le maintien ou le recouvrement de leur autonomie physique ou mentale, sans omettre un possible retour dans leur milieu de vie naturel" (3, p.51).

Ceci suppose inévitablement une approche de réadaptation et la mise sur pied de services qui tiennent compte "des capacités de récupération, de fonctionnement et de créativité des personnes âgées" (3, p.17).

La perte d'autonomie, plus précisément l'incapacité de maintenir en tout ou en partie certaines activités reliées aux fonctions physiques de base (activités de la vie quotidienne) et aux déplacements, est la principale cause d'institutionnalisation. Une approche de réadaptation vise à maintenir ou recouvrer l'autonomie physique ou mentale d'une personne.

La réadaptation permet d'envisager des résultats tels:

1) l'orientation vers des ressources plus légères d'une clientèle déjà institutionnalisée;

2) la réinsertion en milieu naturel de personnes vivant en institution;

3) la prévention d'un placement en milieu institutionnel de soins de longue durée de personnes ayant séjourné en C.H.C.D. ou moyen séjour;

4) l'amélioration de la qualité de vie de personnes en institution, en prévenant la détérioration de leur état de santé et leur recours à de multiples services médicaux.

Le présent travail traite de façon spécifique de la clientèle hospitalisée en unité de soins de longue durée, soit en C.H.C.D. ou en C.H.L.D. Il définit une approche de réadaptation reliée aux besoins de cette population-cible, que leur état leur permette une réinsertion dans un autre milieu ou nécessite un hébergement permanent.

Cette clientèle se compose principalement de personnes se retrouvant dans l'une ou l'autre des situations suivantes:

- personnes dont la perte d'autonomie due à un handicap, une maladie chronique, le vieillissement ou des conditions associées, nécessite des soins de longue durée en établissement hospitalier;

- personnes n'ayant pas reçu les services de réadaptation exigés par leur état au moment opportun (certains cas d'accidents cérébro-vasculaires, de maladies respiratoires ou de maladies rhumatismales et autres...);

- personnes qui reçoivent des services de réadaptation mais qui, à cause d'un processus de récupération très lent, nécessitent une hospitalisation autre que celle de type courte durée et moyen séjour;

- personnes pour qui le cycle de récupération aurait été mal pronostiqué (certaines maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson, l'épilepsie, les démences et autres...);

- personnes dont une concomitance de problèmes a faussé le diagnostic ou le pronostic (diverses pathologies auxquelles s'ajoutent par exemple une dépression ou des pertes sensorielles comme la surdité, la cécité et autres...);

- personnes subissant un échec thérapeutique en réadaptation à cause d'une investigation partielle qui n'aura pas permis d'identifier de façon précise le principal problème affectant le fonctionnement de l'individu. Conséquemment, le plan de traitement est inadéquat (Exemple: la personne qui présente des difficultés de ré-apprentissage à la marche auxquelles s'associent des problèmes d'apraxie non identifiés à l'évaluation, peut avoir été traitée avec des méthodes de réadaptation inadéquates et s'être vue vouée à un échec thérapeutique...);

- personnes dont l'insuffisance de support à domicile provoque l'hébergement prématuré en soins de longue durée.

Tout au long du présent document, il sera beaucoup question des personnes âgées. Elles représentent environ quatre-vingt pour cent (80%) de la clientèle québécoise actuellement hébergée en soins de longue durée. Les mêmes concepts et principes s'appliquent toutefois à tout adulte se retrouvant en soins de longue durée, indépendamment de son âge.

CHAPITRE II

LES PROBLEMES DE
LA CLIENTELE DE SOINS DE LONGUE DUREE

La clientèle des soins de longue durée présente divers problèmes liés soit à l'état de santé, soit au changement de milieu des individus. Certains ont des impacts importants sur le fonctionnement global de la personne. On parle beaucoup depuis un certain nombre d'années d'une approche globale de la personne, de sa dimension bio-psycho-sociale. Il importe en présentant les problèmes retrouvés en soins de longue durée, de dégager les interrelations de ces trois composantes afin d'en mesurer les impacts sur la capacité du bénéficiaire à exécuter des activités.

Cette orientation endosse entièrement la définition ouverte de la santé énoncée dans le collectif "Objectif: Santé" à savoir: "la santé est le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, qui se traduit notamment par la capacité d'exercer ses activités habituelles et de mener à bien les projets qu'il s'est fixé" (2, p.194).

Seront donc regroupés dans ce chapitre, sans qu'ils ne soient exclusifs les uns par rapport aux autres, certains problèmes qui semblent plus fréquents ou plus évidents chez cette clientèle:

- Problèmes reliés à l'état de santé des bénéficiaires;
- Problèmes reliés au changement de milieu;
- Problèmes reliés à l'environnement.

2.1 PROBLEMES LIES A L'ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES

2.1.1 Le phénomène de la pluripathologie

Constituée majoritairement de personnes âgées, la clientèle de soins de longue durée est sans aucun doute, celle dont les processus d'évolution sont des plus dynamiques et aussi des plus déroutants. En effet, aux phénomènes naturels et biologiques du vieillissement s'ajoutent les pathologies congénitales, celles acquises au cours des années par différents déterminants (conditions de vie et de travail, stress, etc...) et celles engendrées par un régime complexe de médicaments relié à la présence de ces pluripathologies: les maladies iatrogènes physiques et mentales [2].

2.1.2 Les conséquences des pertes sensorielles

Nous interagissons principalement avec le monde extérieur par l'intermédiaire de nos capacités sensori-perceptuelles. En vieillissant, des modifications s'effectuent aux plans du goût, de l'odorat, de la vision, de l'audition, du toucher, du sens kinesthésique, etc... L'origine et l'intensité de ces pertes varient selon les individus et sont déterminantes du type d'aide requis. Certaines affections sont moins évidentes que d'autres, comme le soulignent les audiologistes dans leur mémoire: "La déficience auditive présente le caractère social d'être souvent invisible aux autres" (4, p.9) et non seulement ces déficiences ne sont-elles pas perçues de l'extérieur, mais elles s'insinuent progressivement et s'associent aux mécanismes compensatoires de sorte que "la personne n'en devient vraiment consciente que lorsque le problème a atteint un degré assez important et que l'entourage le lui signale" (4, p.10).

Fait important, les troubles de la déficience auditive se classent au second rang des cinq problèmes chroniques de santé chez les personnes âgées et leur prévalence est plus grande chez la catégorie des institutionnalisés. De plus, elle augmente avec l'âge: 20% plus élevée chez un groupe d'âge de 75 ans versus celui de 65 ans.[4] Si elle n'est pas corrigée, l'impact de cette déficience sur la socialisation de l'individu peut aller de l'évitement au retrait des activités à caractère social. Ainsi, faire souvent des erreurs d'interprétation, de la distorsion du langage, de l'altération, de l'intonation du langage sont les symptômes d'une déficience auditive. Ces manifestations peuvent créer, au plan psychologique, des tensions, de l'insécurité, des inaptitudes qui pourraient ressembler à de la confusion. Elles peuvent engendrer un manque de compréhension de l'entourage et amener la personne à développer de nouveaux mécanismes de défenses.

Il en va de même des pertes sensorielles du goût et de l'odorat, qui amènent parfois un désintéressement face à l'alimentation. On trouve la nourriture plus fade et moins appétissante. Ces modifications peuvent perturber le régime alimentaire avec les conséquences néfastes que l'on connaît sur l'état de santé.

Le désinvestissement face à l'alimentation peut cependant être dû à d'autres causes telles les problèmes de dentition, mastication, déglutition [4], les troubles de l'absorption ou de la digestion, les effets secondaires de médicaments, la dépression [7].

2.1.3 La complexité des troubles mentaux

Avec l'amélioration de l'espérance de vie, il est de moins en moins surprenant d'observer chez la clientèle des personnes âgées des troubles mentaux. Perte de mémoire et du jugement, désorientation temporo-spatiale, perte de contact avec la réalité: voilà quelques symptômes indiquant une déficience de l'organisme. Mais il importe d'identifier le trouble réel. Vient-il d'une maladie cérébro-vasculaire, d'une intoxication médicamenteuse, d'une infection ou d'une maladie cérébrale organique? Ce qui a longtemps été identifié comme diagnostic, n'en est que le symptôme; seule son étiologie en établira le caractère réversible ou irréversible et pourra en déterminer le cadre d'intervention approprié [8-9-10]. Cela en vaut la peine car il semblerait que 15 à 30% des sujets identifiés déments sont traitables et d'autant plus aisément que leur diagnostic a été posé rapidement [8-11].

D'ailleurs une étude rapportée en 1979 par Ron et Al [11] démontre une incidence d'erreur de diagnostic de 31% chez les patients étiquetés "déments".

La complexité du corps humain est à ce point grande que la différence entre les maladies cérébrales organiques et certaines maladies psychiatriques est difficile à faire [8-9]. Ainsi non seulement ces affections touchent-elles les fonctions intellectuelles, mais elles peuvent entraîner des modifications dans les émotions et la personnalité d'un individu [12-13].

2.1.4 Le maintien du bénéficiaire dans un état sédentaire

Si la longévité des vies ne cesse de s'accroître, on ne peut en dire autant de la qualité: "beaucoup plus de maladies chroniques, qui durent plus longtemps et génèrent souffrance et incapacité" (2, p.89). Ainsi la restriction des activités augmente en fréquence et gravité à mesure que nous vieillissons.

Ces restrictions d'activités seront temporaires ou permanentes en raison des causes les ayant provoquées, mais aussi de par la pertinence des soins et services reçus. Objectivement, il peut y avoir déficience, mais si la préoccupation est de maintenir une qualité de vie, on fera tous les efforts nécessaires pour maintenir un fonctionnement, c'est-à-dire, la capacité d'agir que ce soit en enseignant des moyens de compenser la fonction atteinte ou en procurant une aide technique.

Or, les clientèles institutionnalisées sont actuellement, dans le réseau de santé, celles les plus laissées pour compte en terme de préoccupation d'autonomie et d'efforts de réadaptation physique et psychique [2].

On ne peut pas toujours supprimer la maladie ou prévenir le vieillissement, mais on peut en diminuer les conséquences sur l'activité de la personne. On peut, par exemple, pallier à un défaut de parole par une communication non-verbale comme on peut, lorsque privé de ses jambes, circuler en fauteuil roulant.

Tant et aussi longtemps que la personne handicapée, la personne malade chronique et particulièrement la personne âgée seront définies dans leurs incapacités et non à travers leur potentiel résiduel, elles se sentiront amoindries, dévalorisées et mises à l'écart, ce qui contribue à l'émergence de troubles psychomatiques ou psycho-sociaux.

"Il faut", selon Dr Réjean Hébert, "modifier le modèle médical de façon à ce que l'on adopte une stratégie de vie destinée à favoriser une plus grande autonomie... d'où la nécessité de mesurer les capacités des individus de même que les ressources dont ils disposent dans le but de fournir des bases objectives aux dispensateurs de services afin d'éclairer leurs décisions" (14, p.50).

2.2 PROBLEMES RELIES AU CHANGEMENT DE MILIEU

2.2.1 Le désengagement

Dans notre système de santé actuel, l'admission en soins de longue durée revêt presque toujours un caractère d'irréversibilité. Il est fréquent, en effet, de voir les personnes admises se départir de leurs biens, rendant d'autant plus difficile la perspective d'un retour à domicile. A quoi bon alors l'effort de réadaptation, se demanderont le bénéficiaire, sa famille ou son réseau significatif, de même que les intervenants?

L'admission en institution peut être également synonyme de dépersonnalisation. La multiplication des règles et des routines fait fréquemment vivre aux personnes hébergées un sentiment de perte énorme en regard de leur identité propre. Non seulement elles perdent leurs biens, mais aussi leur réseau d'amis ou de support, et souvent leur droit de décider ce qui est le mieux pour elles-mêmes.

Le type d'activités offertes n'est pas toujours à l'image des besoins des bénéficiaires, ouvre peu sur l'extérieur vers une démarche de maintien de l'intégration sociale, et sollicite peu la participation active des bénéficiaires (pouvoir de décision, droit à son opinion, utilisation de sa ressource personnelle, etc.).

Le peu d'information donné au bénéficiaire en regard de ses problèmes et le phénomène du vieillissement, encourage le désinvestissement face à son état.

L'organisation des services est centrée sur une intervention médicale traditionnelle plutôt qu'associée à des concepts de milieu de vie, d'autonomie et d'adaptation [14].

La vision qu'ont les familles et les intervenants du secteur de longue durée correspond à une ressource de "bout de ligne".

L'absence d'une vision dynamique de la personne âgée malade avec ses limites mais aussi son potentiel peut amener chez les intervenants une diminution de leur motivation à s'impliquer dans un processus de réadaptation.

Dans nos milieux institutionnels, le "bon patient" est celui qui ne revendique pas trop fort ou celui dont la famille est activement préoccupée à lui rendre de multiples services sans exiger des autres des incartades à la routine. La détermination des objectifs de soins et services se fait exclusivement sur des bases d'évaluation des incapacités et rarement sur les goûts, les défis, les intérêts et capacités.

Pourtant, une meilleure connaissance du bénéficiaire par tous les intervenants et ce dès l'admission, faciliterait l'intégration de celui-ci dans son nouveau milieu. Cette démarche devrait s'établir avant même son arrivée et ce, en collaboration avec la famille ou le réseau significatif. Elle permettrait un accueil adapté aux besoins réels de l'individu, une pré-identification des services requis au moment de l'admission et une implication de la famille au niveau du suivi.

Le fait de miser sur les capacités résiduelles de la personne malade permet d'influencer de façon positive l'attitude du personnel soignant. Il incite ce dernier à développer initiative et créativité tant en regard de l'accueil que de l'intervention. Ainsi, faire réfléchir un groupe sur le comment maintenir tel intérêt d'un bénéficiaire est de toute évidence plus valorisant et gratifiant. Cette vision encourage le maintien d'un rapport à l'être plus normalisant et dynamisant que celui qu'on a à l'égard de malades.

2.2.2 La difficulté d'adaptation

Lorsqu'une personne change de milieu, elle a besoin d'investir le nouvel endroit. Quand on déménage, il y a habituellement une recherche, un choix, une acceptation des contraintes face au choix; on décide ce qu'on apporte avec soi, on visite, on imagine le futur aménagement en fonction de nos schèmes habituels de comportement, on s'enquiert du voisinage, etc...

L'admission en établissement de soins de longue durée démontre un paradoxe intéressant. D'une part, on intègre la personne comme si elle allait nécessairement y vivre jusqu'à la fin de ses jours; d'autre part, on la reçoit comme si elle arrivait pour un court séjour en milieu hospitalier nourrissant ainsi des illusions sur la quantité et la qualité des services.

Peu d'énergie est employé à intégrer le bénéficiaire et sa famille à cette transition et les conséquences sont parfois graves.

Les réactions d'anxiété et de gêne amènent souvent un sentiment d'abandon et la personne désinvestit face à l'inconnu. Si on ne l'informe pas adéquatement, si on ne respecte pas son rythme, si on n'utilise pas toutes ses capacités, ses intérêts, ses goûts pour l'intégrer au nouveau milieu et lui faire prendre une part active au fait d'y créer sa place, elle risque de développer des attitudes de résistance susceptibles de se manifester par des symptômes de confusion ou de dépression.

On note que 30 à 50% des personnes hébergées souffrent de dépression [13]. Comme l'identifie la Corporation des psychologues dans son mémoire: "chez les personnes âgées, le cumul d'événements stressants, associés à une diminution de la résistance physique contribue à l'émergence d'un déséquilibre émotif chez des individus qui possèdent moins d'habiletés et de ressources pour faire face aux changements" (13, p.3). Si la dépression constitue le problème majeur, les auteurs du document signalent qu'il ne faut pas négliger l'anxiété, la détresse émotive dont l'intensité va de la méfiance à la paranoïa, ainsi que les préoccupations somatiques qui peuvent dégénérer en hypochondrie.

2.3 PROBLEMES RELIES AU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT

L'organisation physique et la décoration d'un logement ou d'un appartement constituent un important support pour des personnes en perte d'autonomie physique, mais aussi et surtout en perte d'autonomie mentale car les habitudes et les automatismes quotidiens s'échafaudent autour de cet environnement. La moindre modification de cette organisation générera pour certains des incapacités et l'institutionnalisation s'inscrit sous cette enseigne.

Il suffit de se promener en milieu de soins de longue durée pour constater son étroite ressemblance avec l'hôpital traditionnel: même exiguïté des chambres, même ameublement conçu davantage pour servir les intervenants que pour servir la clientèle. Citons par exemple combien la hauteur des lits d'hôpitaux est une barrière à l'autonomie d'exécuter seul ses transferts.

Combien la hauteur des tables de chevet est aussi une barrière à l'autonomie de préparer son plateau d'aliments si la force, l'amplitude ou la coordination des membres supérieurs sont limitées.

L'exiguïté des chambres ne favorise pas aisément les déplacements en fauteuil roulant manuel et encore moins en fauteuil motorisé. De plus, il y a peu de locaux permettant de se retirer pour réfléchir, recevoir sa famille, rencontrer des amis. A quoi bon investir pour apprendre à marcher ou à rouler un fauteuil roulant si à cet investissement ne peuvent se rattacher d'activités significatives?

Sans élaborer à outrance, il importe de souligner qu'actuellement, l'éventail d'équipements favorisant l'autonomie physique est trop restreint. Si les personnes n'ont pas la même anthropométrie, il est dommage de constater qu'on achète encore un nombre trop réduit de modèles de fauteuils roulants ou gériatriques. De plus, il faudrait s'interroger davantage sur la valeur thérapeutique des fauteuils gériatriques qui ne sollicitent aucunement le potentiel physique résiduel de ses propriétaires.

Les barrières à l'autonomie ne relèvent pas que du mobilier et de l'équipement, mais aussi de l'architecture. Même dans un contexte de restrictions budgétaires, nous croyons que certaines mesures peuvent être mises de l'avant pour les réduire. Les audiologistes ont dénoncé combien la réverbération de nos milieux nuit à la communication. Quels moyens peuvent être mis de l'avant pour la réduire sans démolir les murs?

Les milieux génèrent les incapacités et tout doit être mis en oeuvre pour les éviter. En milieu de soins de longue durée, certaines aides techniques supportent le personnel infirmier ou les personnes hébergées, mais elles se réfèrent surtout à l'autonomie physique. Pourtant, les aphasiques, les sourds, les semi-voyants ont des besoins qui peuvent nécessiter des aides techniques plus spécialisées et adaptées à leur potentialité. Citons les tableaux de communication, les appareils auditifs, les ustensiles adaptés, etc... Mais pour offrir à ces personnes le support nécessité par leur condition, les budgets alloués aux établissements doivent en tenir compte; de même les programmes publics d'accessibilité aux aides techniques doivent être révisés, afin d'y inclure la

clientèle des personnes âgées. Elle constitue en effet la plus forte concentration de la population, présentant des déficits sensoriels importants.

Comme on le constate, les composantes de l'environnement (organisation physique des lieux, activités, entourage humain) présentent souvent de nombreux aspects lacunaires qui n'incitent pas le bénéficiaire à s'investir dans un processus de réadaptation santé-autonomie.

CHAPITRE III

LA READAPTATION EN SOINS DE LONGUE DUREE

3.1 DEFINITION

Pourquoi parler de réadaptation en soins de longue durée? N'est-ce pas vouloir verser dans un acharnement thérapeutique? La clientèle de soins de longue durée a-t-elle des possibilités de réadaptation?

Dans son document "A part...égale" [15], l'Office des personnes handicapées du Québec mentionne que le but de la réadaptation est de mettre à la disposition de la personne limitée dans l'accomplissement de ses rôles sociaux, les ressources et moyens indispensables au développement de son autonomie et à la compensation de ses limitations fonctionnelles.

Dans le même ordre d'idée, l'Organisation mondiale de la Santé mentionne, dans son document publié en 1981, "Prévention des incapacités et réadaptation des handicapés" [16] que les personnes âgées constituent la majorité des personnes frappées d'incapacités. Selon la même source, la réadaptation englobe toutes les mesures visant à réduire l'impact des états incapacitants et handicapants et à mettre les personnes frappées d'incapacités et de handicaps en mesure de réaliser leur insertion sociale par une adaptation à leur milieu et aussi par des interventions sur l'environnement immédiat.

Or, si l'on considère que le principal facteur déterminant l'hospitalisation en soins de longue durée est la perte d'autonomie, l'ensemble des services offerts devrait être issu d'une philosophie de base visant une "re-adaptation" maximale de l'individu au plan bio-psycho-social.

Il s'agit donc de développer les services qui mettront tout en oeuvre pour maintenir la "capacité d'agir" de l'individu en considérant son potentiel physique et mental, ses choix, ses intérêts, sa motivation, la possibilité qu'il a de s'adapter et le temps qu'il faut y mettre (17, p.7-8).

La réadaptation se veut à la fois une approche de l'intervention et une philosophie d'action.

La réadaptation se définit par un ensemble de mesures et moyens, de nature à "permettre à une personne handicapée à cause d'une déficience de développer de façon optimale le potentiel résiduel de ses différentes fonctions bio-psycho-sociales et d'atteindre le maximum d'autonomie en vue de sa réinsertion socio-économique", dans la mesure du possible (6, p.28)

Dans le présent document, elle se veut aussi une philosophie de base qui guide l'organisation de tous les soins et services à une clientèle gériatrique. Notre objectif n'est donc pas de présenter un "programme de réadaptation" mais une "approche réadaptation" des soins et services que nous souhaitons voir endosser par tous les intervenants travaillant en complémentarité dans un réseau de services intégrés.

Il importe de donner à la réadaptation son sens littéral de "réadaptation" et d'accorder une importance particulière à tous les types d'intervention qu'elle suppose et qui seront définis ici sous trois volets:

- la récupération : qui vise à faire recouvrer en tout ou en partie une fonction atteinte;

- l'adaptation : qui vise l'adaptation de l'individu à un milieu et du milieu à l'individu: en reconnaissant et utilisant ses capacités pour maintenir une autonomie optimale, sa dignité et sa qualité de vie malgré les incapacités;

- le maintien et la prévention : qui vise le maintien du potentiel résiduel, la prévention ou le retard d'une incapacité ou d'une perte de fonction.

Ces trois catégories d'intervention visent à diminuer l'incapacité de la personne; à améliorer sa qualité de vie et à maintenir son intégration sociale.

Chaque intervenant quel que soit son domaine d'activités, devrait avoir en tête, dans la planification de ses services, ces trois aspects de la réadaptation, de façon à toujours se questionner:

A) sur la possibilité d'une récupération, si minime soit-elle;

B) sur ce que le bénéficiaire peut mettre à contribution dans un processus d'adaptation à ses limites fonctionnelles et à son nouveau mode de vie; ceci suppose parfois l'apprentissage de nouvelles façons de composer avec la réalité quotidienne, autant de la part du bénéficiaire que de son entourage;

C) sur les moyens à prendre pour s'assurer de conserver au maximum et le plus longtemps possible le niveau d'autonomie résiduel ou celui acquis par les interventions de récupération et d'adaptation.

Dans cette optique, il est important que la personne admise en soins de longue durée soit impliquée dans l'élaboration des objectifs du plan d'intervention la concernant. On doit tenir compte de ses goûts, intérêts, habitudes de vie antérieure, son rythme de récupération, l'organisation de son temps et de son espace, si l'on veut atteindre nos objectifs de services individuels et personnalisés.

Ainsi par exemple, à l'admission en soins de longue durée on peut déclencher tout un acharnement thérapeutique à récupérer les fonctions atteintes par la maladie chronique, mais on peut aussi doser l'importance de cette récupération et travailler en même temps à utiliser les capacités résiduelles de la personne pour lui apprendre à compenser les fonctions affaiblies en vue d'une meilleure adaptation à la vie.

Prescrire un fauteuil roulant motorisé ne va pas nécessairement à l'encontre des principes de réadaptation s'il permet à une personne atteinte d'une maladie dégénérative et dont les ressources physiques sont limitées, de non seulement se véhiculer, mais aussi d'entretenir aisément et à son gré des relations sociales répondant ainsi à ses besoins globaux. Ceci nous amène à une notion d'autonomie qui tient compte du droit qu'a l'individu de faire des choix, de déterminer ce qu'il croit être le mieux pour lui [18].

Cependant, pour faire ces choix, l'individu doit être informé sur sa condition et sur les possibilités de services dont il pourrait bénéficier ainsi que sur les moyens qui peuvent être mis à sa disposition pour l'aider.

Ceci implique l'intégration à l'équipe d'intervenants de base, de spécialistes de la réadaptation afin que l'évaluation soit complète et qu'on offre tout de suite au bénéficiaire toutes les chances possibles face au maintien ou au développement de son autonomie même si cela nécessite une intervention spécialisée.

Il apparaît que dans trop de cas, on assiste à une démission des intervenants devant une clientèle où les résultats des interventions sont moins éclatants; le statut de chronique ou d'invalide qu'on donne souvent hâtivement, semble soulager le soignant de l'obligation de guérir ou de soigner plutôt que de l'inciter à mettre en oeuvre une approche différente qui s'inscrit dans la continuité des soins actifs que le bénéficiaire a déjà reçus. La "consécration" d'une chronicité devrait au contraire déclencher l'urgence de défier par tous les moyens la "désintégration" précoce d'une personne.

On a facilement tendance à minimiser les efforts de la réadaptation dans certains champs d'activités parce qu'on en connaît à peine les possibilités sauf dans les cas plus traditionnels d'intervention, lorsqu'il y a fracture par exemple. Lorsqu'on parle de maintien et de prévention, on exploite peu les interventions spécialisées à cet effet, tout le monde fait son possible avec des moyens parfois assez artisanaux qui, s'ils ne sont pas nuisibles, n'apportent pas nécessairement une amélioration de la qualité de vie.

Chaque intervenant devrait être soucieux de développer, au niveau de sa discipline professionnelle, une pratique de pointe adaptée aux besoins de cette clientèle.

Ceci nous amène donc à proposer des objectifs et des moyens pour s'assurer que le plan d'intervention, élaboré pour chaque bénéficiaire de soins de longue durée le soit dans une approche de réadaptation continue.

3.2 OBJECTIFS GENERAUX VISES PAR LA READAPTATION EN SOINS DE LONGUE DUREE

Dans le contexte actuel du réseau de santé et des services offerts aux personnes hébergées en soins de longue durée, l'élaboration d'une approche de la réadaptation prétend raffiner les services offerts à la clientèle cible, propose de nouvelles structures pour en faciliter leur accessibilité et vise, dans une préoccupation de complémentarité des services, à utiliser les ressources existantes et à allouer les ressources manquantes.

Deux objectifs généraux guident son orientation:

- Permettre au bénéficiaire de soins de longue durée d'envisager un retour dans son milieu naturel ou vers une ressource plus légère dans la mesure du possible. Ceci suppose qu'il ait accès continuellement, à toutes les interventions de réadaptation tant physique que psycho-sociale nécessitées par son état, quel qu'il soit;

- Maintenir chez le bénéficiaire l'optimum de ses fonctions bio-psycho-sociales et lui permettre de vivre dans la dignité. Ceci suppose des services adaptés à ses besoins chaque fois que cela est nécessaire et selon son désir.

Dans ce contexte, il est intéressant de rappeler que le modèle d'intervention en réadaptation se distingue du modèle médical traditionnel en ce qu'il est issu des sciences du comportement humain et qu'il vise un équilibre personnel et environnemental [19].

L'atteinte de cet équilibre suppose une approche d'équipe centrée sur le bénéficiaire, où l'ensemble des intervenants et le bénéficiaire lui-même avec son réseau significatif (famille, amis...) sont impliqués conjointement dans les choix d'interventions pouvant améliorer sa qualité de vie.

3.3 MOYENS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

L'atteinte de ces objectifs généraux implique toute une série d'actions qui gravitent autour du bénéficiaire, concernent l'environnement dans lequel il séjourne et touchent le réseau de santé actuel. Dans cette partie du chapitre, nous proposerons les moyens essentiels à mettre de l'avant en considérant les trois (3) aspects suivants: le bénéficiaire, l'environnement, le réseau de santé.

3.3.1 Le bénéficiaire

L'admission en soins de longue durée doit se faire lorsque l'état de la personne nécessite un long séjour, que seul un centre hospitalier peut offrir selon ses critères d'admission et sa vocation.

3.3.2 Evaluation pré-admission

- L'évaluation pré-admission doit être uniforme. Elle vise à donner un profil du bénéficiaire basé sur les mêmes données objectives, quelle que soit la place qu'il occupe dans le réseau (C.L.S.C., C.H.C.D., moyen séjour, hébergement, etc...) et permet ainsi le maintien d'un principe de continuité. Le questionnaire CTMSP (Classification par types en milieu de soins et services prolongés) a été mis au point dans cette optique. Il constitue un outil de mesure uniformisé servant à l'évaluation de l'autonomie des bénéficiaires pour l'ensemble du réseau.

- Elle doit faire ressortir les réalités physiques, mentales, sociales et fonctionnelles de l'individu, les données relatives à son réseau significatif, les services antérieurement reçus et ceux actuellement donnés.

- Elle doit être multidisciplinaire compte-tenu des multiples facettes de la détérioration de la personne, et aussi du fait que le traitement médical n'est plus la seule solution aux problèmes d'ordre chronique [20].

3.3.3 Evaluation à l'admission

En plus de l'évaluation pré-admission, toute personne admise en soins de longue durée doit bénéficier d'une évaluation de ses capacités et besoins en considérant l'interaction entre les facteurs tant biologiques que psycho-émotionnels et socio-économiques de son état. Ceci nécessite une approche globale de la part de l'équipe multidisciplinaire [21], laquelle devrait intégrer le bénéficiaire lui-même (puisque sa perception de son état de santé est importante), sa famille ou son réseau significatif.

Cette évaluation devrait se faire précocément et dans un délai ne dépassant pas une semaine, en respectant le rythme de la personne et son besoin d'adaptation face au changement d'environnement.

L'utilisation par l'équipe multidisciplinaire d'un outil uniforme d'évaluation, tel le CTMSP, facilite l'établissement d'objectifs communs et de priorités des services à dispenser, la ré-évaluation périodique et la détermination de la possibilité d'orientation vers une ressource plus légère.

"Cette évaluation multidisciplinaire est essentielle à une connaissance exacte de la capacité fonctionnelle des personnes âgées et a l'avantage d'engendrer une meilleure utilisation des ressources" [14]. En effet, elle permet de voir une situation sous de multiples facettes en utilisant "l'oeil" de différentes disciplines.

Cette démarche essentielle permet non seulement de replacer à chaque fois l'individu dans une perspective dynamique, mais elle évalue les effets de toutes les mesures entreprises (médicales, de réadaptation et de soutien) et en permet leur réajustement régulier [23].

Concrètement, l'évaluation faite à l'admission, devrait fournir un profil clair du bénéficiaire sous au moins deux aspects fondamentaux: la déficience et l'autonomie fonctionnelle.

Aspects de la déficience:

pathologies anciennes
pathologies actives
pathologies chroniques
facteurs de risque.

Aspects fonctionnels:

- les déplacements au sens large, c'est-à-dire la capacité de se mouvoir, indépendamment du type d'aide requis;

- la communication verbale ou non verbale y incluant les facteurs sensori-perceptuels et cognitifs (audition, vision, parole);

- la capacité d'assumer ses soins personnels;

- l'indépendance dans les activités courantes (lire, téléphoner, se tourner au lit...);

- la motivation, les intérêts, la capacité de reconnaître ses besoins et son habileté à s'impliquer dans sa prise en charge;

- le potentiel d'apprentissage (dimension intellectuelle, perceptuelle...);

- la capacité de l'individu à s'adapter aux situations présentes et passées (contrôle, émotion...).

Les équipes multidisciplinaires devront trouver des moyens rapides et efficaces de connaître le bénéficiaire à l'admission pour répondre à certains besoins immédiats. Certains milieux de soins de longue durée préconisent une visite d'accueil par un physiothérapeute, dès les premières heures, afin de procurer au bénéficiaire toute aide technique ou toute intervention de support pouvant l'aider dans ses transferts et ses déplacements et maintenir une mobilité. Cette démarche contribue à briser immédiatement

dans l'esprit du bénéficiaire et des intervenants, l'image transmise par le modèle hospitalier traditionnel, où l'admission signifie automatiquement l'assignation à un lit et la dispensation de soins.

La situation précaire des personnes âgées en perte d'autonomie ne peut tolérer une immobilisation de plus de quelques jours sans qu'on assiste à une diminution des capacités fonctionnelles.

Voilà pourquoi il est essentiel que les équipes trouvent des solutions d'équilibre qui permettent certaines évaluations sommaires à des fins précises et une évaluation globale complète qui servira à déterminer le plan d'intervention.

3.3.4 Elaboration et application du plan d'intervention - réadaptation:

Chaque personne admise en soins de longue durée doit bénéficier d'un plan d'intervention-réadaptation adapté à ses ressources et besoins qui tient compte des projections réalistes d'un plan de sortie ou du maintien en soins de longue durée et de la motivation à y participer.

Comme on a déjà établi la nécessité d'une approche de réadaptation pour tout bénéficiaire de soins de longue durée, ce plan devra inclure:

- toutes les interventions de récupération partielle ou totale possibles, incluant les actes visant à compenser une fonction atteinte;

- les interventions d'adaptation pouvant aider le bénéficiaire à se prendre en charge et à réinvestir dans ses activités;

- les interventions de maintien-prévention qui maintiendront son activité physique et mentale au maximum de ses capacités résiduelles et empêcheront ou retarderont une détérioration de son état.

Cette démarche ne fait que situer les intervenants autour d'objectifs communs pour qu'ensuite on détermine quels sont les "acteurs" qui agiront auprès du bénéficiaire dans cette approche commune. Les intervenants concernés verront ensuite chacun dans leur spécialité à trouver les moyens les plus adéquats pour atteindre les objectifs visés.

La détermination du plan d'intervention en équipe vise aussi à assurer une continuité dans la prise en charge et une cohésion dans les interventions. Prenons, par exemple, le cas où la diététiste propose un prograqmme d'hydratation pour un bénéficiaire. Il est important que les autres intervenants, lorsqu'ils sont en présence de ce dernier, pensent eux aussi à lui offrir un verre d'eau.

Cet apport multidisciplinaire peut ne commander au niveau de l'intervention qu'un nombre restreint d'intervenants. On assume donc ici le rôle de conseiller de certains professionnels spécialisés. Ce rôle de conseiller est d'autant plus important qu'en région éloignée, le manque de ressources suppose des mécanismes d'articulation multidisciplinaire bien différents de ceux des centres urbains.

Exemples:

- Un bénéficiaire victime d'un accident vasculaire cérébral pourrait être perçu comme non collaborateur alors que ce sont ses problèmes perceptuels qui l'empêchent de répondre aux stimulations. Cette information est d'une importance capitale dans l'établissement de nos rapports humains avec les bénéficiaires car on peut proposer des actes facilitant l'intervention.

  Dans un cas d'apraxie idéatoire, le bénéficiaire peut être incapable de s'alimenter si on lui présente son plateau au complet: il ne sait pas par quoi commencer ni quel ustensile utiliser. Il risque fort qu'on l'étiquette de confus. Un professionnel, habilité à évaluer et traiter ces problèmes peut recommander une série de mesures qui éviteront au bénéficiaire d'être alimenté passivement, provoquant par le fait même, un grand sentiment de dévalorisation, un désinvestissement, voire même une dépression.

- Prenons ce bénéficiaire, avec fracture de hanche fixée par une prothèse de Moore et dont la rééducation active est terminée. A son arrivée en soins de longue durée, le rôle du professionnel en réadaptation sera de voir à ce que le bénéficiaire conserve sa force musculaire, son amplitude articulaire et son autonomie de marche ou de transfert. Il devient important que tout problème soit immédiatement analysé car, chez la personne âgée, l'équilibre fonctionnel est très précaire. Le thérapeute sensibilisera l'équipe à l'approche sécuritaire que le bénéficiaire devra suivre pour la marche, les transferts, etc... afin d'éviter une sub-luxation de la prothèse.

Le plan d'intervention c'est l'ensemble des mesures qu'on identifie en équipe multidisciplinaire pour le maintien de l'autonomie optimale de la personne. Que ces mesures soient aussi simples que celle de modifier l'aménagement de la chambre pour faciliter le déplacement en fauteuil roulant, elles s'imposent. Qu'elles signifient: adapter le mobilier pour permettre, en dépit d'une fracture de la hanche, à une personne de se relever d'un fauteuil roulant, de monter et descendre de son lit; elles s'imposent encore. Ce qui en apparence devient intervention d'adaptation du milieu au bénéficiaire, est aussi une intervention de prévention. Le milieu peut être générateur d'incapacités. Chez la clientèle en unités de soins de longue durée, tout doit être mis en oeuvre pour le maintien de l'autonomie physique et psycho-sociale.

Si le plan d'intervention est une série d'interventions parallèles, spécifiques, parfois spécialisées et parfois conjointes, sa réalisation suppose l'établissement d'un échéancier précis. Les échéances seront déterminées par l'équipe multidisciplinaire pour les objectifs communs et par les intervenants pour les objectifs spécifiques relatifs à leur intervention spécialisée.

Au terme de la Loi 27, tout bénéficiaire doit profiter d'une ré-évaluation de son plan d'intervention au minimum à tous les quatre-vingt-dix (90) jours.

Nous croyons que le type de clientèle admise en soins de longue durée devrait bénéficier d'une ré-évaluation à chaque fois que son état le requiert. A elle seule, la fragilité de l'état de santé des personnes âgées le justifie. Non seulement, cette souplesse assure-t-elle une qualité continue de services mais elle évite une démobilisation des intervenants, par leur compréhension des situations.

Ainsi la perte du conjoint, peut à elle seule, déclencher toute une série de comportements qui nuiront à la réussite du plan d'intervention initialement prévu par l'équipe. Le bénéficiaire peut sombrer dans une dépression situationnelle empêchant de façon temporaire l'investissement dont il avait fait preuve en physiothérapie. Pour le maintien de sa collaboration, il faudra réajuster les objectifs en fonction des besoins requis par sa nouvelle situation. Certains besoins sont prioritaires par rapport à d'autres et il faut que les intervenants en soient avisés régulièrement.

Non seulement la ré-évaluation est la seule garantie de l'application du plan d'intervention-réadaptation réaliste et conforme aux besoins et ressources du bénéficiaire, mais elle mesure l'impact des démarches entreprises, en détermine leur maintien ou leur modification et à la limite, révise ou confirme la pertinence du plan de sortie.

Ce cheminement suppose également que l'orientation d'un bénéficiaire en soins de longue durée a fait partie au préalable d'un processus administratif appelé "plan de services". Le plan de service est un outil de planification et de coordination de l'ensemble des services sociaux et de santé à rendre à un bénéficiaire. Ce plan s'élabore à partir des besoins physiques, psychiques et sociaux de chaque bénéficiaire et doit se décomposer en autant de plans d'interventions qu'il y a d'intervenants ou de domaines d'interventions.

Il implique que cette personne est considérée comme bénéficiaire d'un réseau de services intégrés et non comme bénéficiaire d'un seul établissement, de sorte qu'un transfert d'un milieu à un autre demeure possible. Cette démarche de "plan de services" qui est faite lors des comités d'allocations de services et d'admission nécessiterait toutefois qu'on se penche sur la nécessité d'avoir un coordonnateur désigné du plan de services d'un bénéficiaire afin d'avoir toujours une connaissance à date des services reçus, éviter une duplication parfois inutile de certains services et faciliter le processus de changement d'un milieu à un autre.

Considérant qu'une personne âgée admise en soins de longue durée l'est pour des motifs sérieux de santé,

considérant que l'état de santé d'une personne âgée malade se caractérise par une grande fragilité due à une interaction constante entre les facteurs bio-psycho-sociaux et socio-économiques,

considérant l'évolution rapide de la maladie lorsqu'elle est associée au vieillissement,

considérant que l'augmentation du stress et de l'insécurité chez les personnes âgées malades peuvent avoir des effets négatifs sur le processus d'amélioration de l'état de santé ou de guérison,

Il devient nécessaire qu'une personne âgée malade admise en soins de longue durée "puisse bénéficier d'une intervention immédiate de soins et de services en tout temps et en tout lieu" (27, p.7).

3.3.5 Equipe multidisciplinaire

Par équipe multidisciplinaire, nous entendons un groupe de personnes possédant chacune une expertise propre.

Il n'y a pas de modèle d'équipe unique pouvant être considéré comme définitif. L'équipe est une composante dynamique qui évolue. Elle se crée surtout lorsqu'il y a plusieurs aspects, une variété de problèmes à résoudre, de même qu'une action à long terme à engager.

Dans le cas de soins de longue durée, il est justifié de mettre en opération une équipe interdisciplinaire. Celle-ci peut se composer d'un noyau de base auquel s'y adjoignent des spécialistes, intervenants ou toute autre personne susceptible d'apporter des éclaircissements en regard des situations présentées.

Il revient à chaque établissement de décider de la formation du noyau de base de son équipe multidisciplinaire. Toutefois, dans une perspective d'approche bio-psycho-sociale, il est nécessaire d'y retrouver des professionnels de la santé et des services psycho-sociaux.

3.3.6 Spécificité de chacune des disciplines

Chaque profession, chaque technique, chaque classe d'intervenant a une spécificité. Chaque discipline apporte un point de vue original dans sa façon d'aborder un problème et de le résoudre. La spécificité de chacun débouche sur une perception globale, on peut dire sur une complémentarité, quand il y a coordination des moyens en vue d'un objectif commun.

Quant à l'apport spécifique de chaque discipline, il est de la responsabilité des associations et corporations professionnelles de le définir et le faire valoir.

3.3.7 L'environnement de séjour

Pour que l'environnement physique facilite le maintien ou le désir d'acquérir de l'autonomie, il faut certaines conditions:

- L'aménagement de l'espace doit faciliter les déplacements afin de maintenir l'autonomie. Dépendamment des besoins, les établissements peuvent se munir d'aides techniques adaptées ou encore faire des modifications à l'architecture des locaux (élimination de seuils de porte, barres d'appui dans les corridors, amélioration des éclairages, de l'acoustique, etc...).

- Le mobilier doit être adapté de façon à permettre l'autonomie optimale de personnes ayant des incapacités.

- La décoration des espaces de vie doit être stimulante et ressembler le moins possible au caractère institutionnel. Ceci suppose une souplesse dans la règlementation des biens à apporter lors de l'admission. Ceci suppose aussi qu'une partie du budget soit allouée à la décoration et acquisition d'éléments de vie (plantes, animaux, etc...). Réapprendre à marcher, apprendre à rouler un fauteuil roulant, prennent davantage de sens lorsque des activités significatives peuvent s'y rattacher.

- On peut s'interroger aussi sur l'emplacement et la dispensation de certains services de soutien (coiffure, magasin, etc...) afin qu'ils favorisent le plus possible le concept d'autonomie physique et psycho-sociale.

Une réflexion s'impose sur les choix des établissements et des unités que l'on consacre aux soins de longue durée. Il semble acquis dans le réseau de santé que les vieux édifices non adéquats pour des services de court terme le soient pour le long terme. Ce sont les personnes qui ont le plus de difficultés à composer avec les barrières architecturales qui héritent de ces vieux édifices non fonctionnels.

Par ailleurs, lorsqu'on aménage des hôpitaux de soins de longue durée, on tient rarement compte de la dimension milieu de vie et on planifie les locaux sur le modèle des hôpitaux traditionnels.

Nous avons parlé de l'environnement physique, mais cette recherche d'un milieu favorisant une qualité de vie par le maintien de l'autonomie implique un entourage humain disposé à cette approche facilitante. Ceci suppose chez tous les intervenants professionnels et non professionnels, cliniciens et non cliniciens, une attitude différente de celle que l'on rencontre habituellement en milieu hospitalier où on "sert" le patient plutôt que de trouver des moyens de lui faciliter l'accomplissement de ses activités.

Un entraînement du personnel à changer leurs habitudes de travail ne serait-ce que pour faciliter leur tâche auprès des bénéficiaires (les principes de déplacements sécuritaires, par exemple) le prédispose à aménager la journée de ce dernier de façon plus dynamique.

Que dire également du langage utilisé pour interpeler les personnes âgées? Si l'on gardait plus souvent en tête la notion "d'aînés", probablement que le langage serait plus respecteux, affectif et moins dévalorisant.

Une grande sensibilisation s'impose pour que l'entourage apprenne à développer une capacité d'aide et d'accompagnement qui maintienne la dignité des personnes âgées.

3.3.8 Le réseau de santé

Afin que l'orientation de la clientèle des soins de longue durée soit bien coordonnée et utilise au maximum le principe de complémentarité, il importe de définir clairement la mission de chaque établissement, ses critères d'admission et les services qu'il offre.

L'orientation des bénéficiaires en unités de soins de longue durée en C.H.C.D. devrait suivre les mêmes règles qu'en C.H.L.D.: soit être faite via les comités d'admission sous-régionaux de façon à activer ces milieux vers une prise en charge moins chronicisante et les inciter à aménager des ressources en réadaptation pour cette clientèle ou à utiliser les ressources existantes des établissements.

Compte tenu des particularités des clientèles desservies, les conseils régionaux devraient mettre sur pied des mécanismes de vérification et d'évaluation de la pertinence et de la teneur des programmes de réadaptation dans les unités de soins de longue durée, que ce soit en C.H.C.D. ou en C.H.L.D. [23].

Les professionnels pourraient prévoir des mécanismes leur permettant de développer et d'enrichir leur expertise en soins de longue durée et d'élaborer ensemble des guides d'évaluation, de détermination d'objectifs et de plans d'interventions [24].

Il est d'ailleurs étonnant de constater combien la clientèle des soins de longue durée des C.H.C.D. est peu desservie par des services de réadaptation ou autres services spécialisés même lorsque ceux-ci existent déjà dans l'établissement.

Dans la région 06A, par exemple, où les ressources spécialisées sont tout de même nombreuses, les résultats d'un questionnaire reçu de 17 C.H.C.D. en novembre 1984, nous apprennent que pour 999 lits consacrés aux soins de longue durée sur un total de 8 217 lits, très peu de services de réadaptation sont offerts, il y a peu de travail en équipe multidisciplinaire et un moindre souci d'évaluer régulièrement la clientèle. Le tableau qui suit, illustre cette réalité.

RELEVE DES RESSOURCES SPECIALISEES (REGION 06A)

REPONSES DE 17 C.H.C.D.

C.H.C.D.	AUDIOLOGIE	DIETETIQUE	ERGOTHERAPIE	INHALOTHERAPIE	ORTHOPHONIE	PHYSIOTHERAPIE	PSYCHOLOGIE	RECREOLOGIE	SERVICE SOCIAL
Etablissements ayant développé les services	5	11	8	9	4	14	3	7	12
Total des postes (heures rém./sem.)	11.2 (392)	54.06 (1892.1)	52.1 (1823.5)	61.48 (2151.8)	9.4 (329)	150.86 (5280.1)	35.2 (1232)	9.7 (339.5)	49.4 (1729)
Heures travaillées/sem. en unités de soins de longue durée	1	198.5	166.5	383	22.5	470	14	221.25	335.5
Participation à des équipes multidisciplinaires									
. aucune	4	2		3	1	1		1	1
. à l'occasion		6	1	4		1		1	
. régulièrement		1	5		3	8	2	4	3
Evaluation partielle de clientèle en unités de soins de longue durée									
0 - 25%		2	2	1		4		2	3
25 - 50%			1	2		3			1
50 - 75%		1	1				1		1
75 - 100%		1	1			2		1	
Evaluation complète de clientèle en unités de soins de longue durée									
0 - 25%			1			6			
25 - 50%			2			1		1	1
50 - 75%			1	1		1	1	1	1
75 - 100%	2	1	2			4		2	3
Ré-évaluations périodiques en unités de soins de longue durée									
0 - 3 mois		2	3	3		8			2
3 - 6 mois									
6 - 12 mois			1					1	

Où sont donc ces efforts pour tenter de maintenir l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et leur procurer une qualité de vie qui contribue à faire en sorte qu'une hospitalisation en unité de soins de longue durée soit autre chose que l'antichambre d'une instance de dernière ligne?

Si des services actifs de réadaptation y étaient maintenus, on pourrait penser à une sortie vers des ressources plus légères, et on arrêterait de considérer cette clientèle comme la principale source d'"embouteillage" des C.H.C.D.

Bref, la réadaptation en unités de soins de longue durée doit s'insérer dans une démarche de continuité et de complémentarité avec les autres instances du réseau en utilisant au maximum les ressources déjà en place dans les établissements et en développant des modes d'articulation efficaces avec les autres instances qui ont déjà développé des programmes de réadaptation.

CHAPITRE IV

MOBILISATION ET COORDINATION DES RESSOURCES

Si l'on base notre approche sur un principe d'accessibilité universelle à des services de santé, toute personne en perte d'autonomie devrait avoir accès à des services de réadaptation pour récupérer en tout ou en partie les fonctions atteintes, pour maintenir des capacités résiduelles et empêcher ou ralentir une détérioration, quelle qu'en soit la cause.

Pour ce faire, diverses actions peuvent être entreprises au niveau local, sous-régional et régional.

4.1.1 NIVEAU LOCAL (les établissements)

- Par établissement, nous nous référons à tous ceux dont la vocation englobe, à un niveau ou l'autre, des soins de longue durée en regard des populations-cibles déjà décrites au chapitre premier. On retrouve les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) ayant une/des unité(s) de soins de longue durée; les centres hospitaliers de longue durée (C.H.L.D.); de même les centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.) qui traitent des déficiences sensorielles, pourraient être mis à contribution dans l'intérêt de la clientèle gériatrique, peu orientée vers ces établissements.

- Chaque établissement doit d'abord reconnaître la nécessité de développer une approche de réadaptation pour sa clientèle de soins de longue durée et lui rendre accessibles les services de diverses disciplines pouvant travailler à la réa-

daptation. Idéalement, chaque établissement devrait avoir accès à la consultation de la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'audiologie, la psychologie, la diétothérapie, l'inhalothérapie et les services sociaux en plus des services médicaux et infirmiers. Ces professionnels jouent un rôle important dans l'établissement du diagnostic et pronostic. Ils doivent cependant s'associer à toute l'équipe de soins, le malade, la famille, les bénévoles.

- Pour procurer ces services à sa clientèle, chaque établissement doit utiliser les ressources déjà existantes dans son milieu. Il peut aussi, par voie de contrats ou de prêts de services inter-établissements, se procurer les services d'établissements avoisinants et les ressources d'instance spécialisées en réadaptation.

- Elles sont nombreuses et largement diversifiées les ressources tant matérielles qu'humaines actuellement existantes dans le réseau de santé et de services sociaux du Québec.

  Sur le plan matériel on compte: les centres hospitaliers, hôpitaux de jour, centres d'accueil et de réadaptation (CAR), centres d'accueil et d'hébergement (CAH), centres de jour, pavillons, centres de services sociaux (CSS), centres locaux de services communautaires (CLSC), départements de santé communautaire (DSC), familles d'accueil et autres...

  Sur le plan des ressources humaines, nous retrouvons des gens de toutes les formations oeuvrant à l'intérieur de l'un ou l'autre de ces établissements: médecins, infirmier(e)s, infirmier(e)s auxiliaires, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététistes, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

- L'accessibilité du bénéficiaire au service doit être directe, c'est-à-dire, qu'on doit établir des mécanismes de fonctionnement qui donnent à la clientèle la possibilité d'être évaluée par chaque discipline d'une équipe et non pas limiter cette accessibilité à une vision médicale du bénéficiaire.

- Il est souhaitable que chaque établissement ait accès à des services de physiothérapie et d'ergothérapie parce que ce sont les disciplines qui, jusqu'à date sont les plus habilitées à évaluer et traiter l'aspect fonctionnel de la personne et à développer des programmes de réadaptation.

Afin d'avoir une idée des effectifs nécessaires en physiothérapie et en ergothérapie, une étude réalisée dans un centre de soins de longue durée par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes qui ont évalué conjointement la clientèle en identifiant les interventions spécialisées requises pour chacun des bénéficiaires donne les résultats suivants:

% de la clientèle nécessitant l'intervention:

- récupération	ergo	32%
	physio	27%
- adaptation	ergo	17%
	physio	2%
- maintien-prévention	ergo	16%
	physio	45%

Ces interventions ont ensuite été pondérées selon le temps nécessaire pour donner les bons soins.

Ces résultats peuvent être corroborés par l'étude réalisée en 1982 par monsieur Claude Sicotte pour le ministère de la santé et des services sociaux [24]. En effet, cette étude basée sur un plus grand échantillonnage identifie un besoin de 2.629 hres/-sem. de réadaptation par bénéficiaire.

D'autres disciplines telles les audiologistes et les orthophonistes, à cause de leur apport sur des aspects importants de la communication nous apparaissent peu utilisés dans le secteur des soins de longue durée. Pourtant leurs interventions et leurs conseils pourraient contribuer grandement à améliorer la collaboration de l'individu à sa prise en charge ainsi qu'à son équilibre psychique et émotionnel [25].

Lors des consultations effectuées dans le cadre de ce travail, il a souvent été question de l'importance d'adapter certaines pratiques professionnelles. Prenon par exemple, le rôle joué par les diététistes en centre hospitalier de courte durée en comparaison à leur rôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

En soins de courte durée, l'élément "diète" a été beaucoup valorisé. Par ailleurs, les diététistes n'y sont pas impliqués au niveau des activités qui entourent l'alimentation.

Or, en soins de longue durée, à cause de l'importance que prend l'alimentation en regard de la qualité de vie, des besoins psycho-sociaux et des besoins nutritionnels, il est essentiel

que des diététistes soient associés à la gestion des services alimentaires de même qu'à des interventions de rééducation alimentaire des bénéficiaires et à l'élaboration de programmes conjoints avec le pharmacien, notamment.

Un autre aspect très frappant lorsqu'on lit la documentation récente sur les besoins de santé de la clientèle de soins de longue durée c'est qu'on met beaucoup d'emphase depuis ces dernières années sur l'aspect psycho-social de la personne. Pourtant peu de ressources spécialisées sont affectées à cet aspect de la réadaptation, comme si le fait que chaque intervention doive en tenir compte éliminait le besoin de faire appel à des gens qui ont acquis une connaissance plus élaborée dans ces aspects particuliers de la personne. Les psychologues et les travailleurs sociaux ne sont en effet pas nombreux dans ces secteurs.

Il est urgent que "l'équipe multidisciplinaire" se forme avec ce que chacun peut apporter de meilleur comme savoir, savoir être et savoir faire et que les intervenants puissent profiter chacun de l'expertise et des conseils de l'autre pour un meilleur service au bénéficiaire.

De même que le médecin doit apprendre à utiliser les connaissances de chacun des membres de l'équipe pour orienter son approche vers une pratique plus axée vers la préservation de la santé, le personnel des soins infirmiers doit être capable de partager avec les autres intervenants, le bénéficiaire, sa famille et son réseau significatif, la responsabilité de la distribution des soins en même temps qu'il développe lui aussi une philosophie et des programmes de soins orientés vers une approche de réadaptation.

4.1.2 NIVEAU SOUS-REGIONAL:

Considérant le droit de tout bénéficiaire de recevoir des services de qualité requis par son état, de façon continue et personnalisée, nous croyons que le niveau sous-régional a certaines responsabilités notamment celles de:

- Se doter de l'ensemble des ressources susceptibles de répondre aux besoins réels de la clientèle.

- Voir à la complémentarité des ressources en développant un continuum de services gériatriques, dont la réadaptation serait partie intégrante.

- S'assurer de la continuité des services par différents mécanismes de coordination.

- Favoriser l'ouverture, l'échange de services entre les différents établissements.

- Orienter certains bénéficiaires vers des ressources plus spécialisées telles les C.A.R. (centre d'accueil de réadaptation et unités de réadaptation) au besoin.

- Des professionnels de la réadaptation devraient être présents aux équipes multidisciplinaires d'allocation de services, aux évaluations d'admission et la à détermination des plans de services et des plans d'intervention.

- Pour ce faire, il faut allouer des ressources aux établissements et utiliser un processus de complémentarité inter-établissements lorsque les ressources financières de chaque établissement ne permettent pas l'engagement d'équipes complètes ou lorsque les professionnels ne répondent pas à la demande en terme de nombre, dans certains secteurs par exemple.

4.1.3 NIVEAU REGIONAL:

Les Conseils régionaux devraient:

- Se doter d'outils pour inciter les établissements à développer des programmes de réadaptation.

- Développer un plan d'allocation de ressources spécifiquement consacrées à la réadaptation.

- Développer des centres d'expertise, de référence qui pourraient donner des services de consultation, faire de la recherche, ou procurer un encadrement professionnel aux ressources d'établissements environnants;

- Former des équipes spécialisées à même les ressources allouées à certains établissements pour assurer un relai d'une région plus favorisée en effectifs de réadaptation à une région moins favorisée par le biais de prêts de services à court terme. Cette proposition exigerait une coordination régionale ou inter-régionale particulière et l'acceptation des établissements [26].

- Faciliter et rendre accessibles aux personnes âgées, des services spécialisés tels qu'ils se donnent dans les C.A.R. (centres d'accueil de réadaptation), les unités de réadaptation, les services d'évaluation et de courte durée gériatrique et autre. A titre d'information, il apparait judicieux de rappeler que certains bénéficiaires âgés ne reçoivent pas, en temps opportun, les services de réadaptation exigés par eux lors d'un accident cérébro-vasculaire ou d'une maladie respiratoire, etc.

CHAPITRE V

RESUME ET CONCLUSION

La clientèle gériatrique hébergée en soin de longue durée présente comme caractéristique majeure des problèmes à prédominance médicale associés au processus du vieillissement et à l'hospitalisation à long terme.

Initialement en effet, l'hospitalisation en soins de longue durée d'une personne âgée est la conséquence de ses déficiences multiples qui ont entraîné des incapacités tant physiques que sensorielles, mentales et sociales. Le bénéficiaire de soins de longue durée se trouve sérieusement atteint dans son autonomie c'est-à-dire dans sa capacité tant physique que psycho-sociale, à maintenir ses activités de la vie quotidienne. Du fait de ses incapacités, il a un réel besoin de services. Nous devons donc répondre à ces besoins en tout premier lieu.

Les besoins des bénéficiaires en soins de longue durée ne se font plus uniquement sentir en termes de réadaptation physique fonctionnelle. Ils sont tout autant ressentis au niveau psycho-social.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que le bénéficiaire admis en soins de longue durée verra effectivement son séjour durer quelques mois, voire quelques années. L'unité de soins de longue durée devient son nouveau milieu de vie. D'où l'importance de développer une approche de la réadaptation qui tienne compte de cette nouvelle réalité.

Pour ces raisons, le concept de réadaptation en soins de longue durée doit se développer en concomitance avec celui de l'adaptation psycho-sociale.

L'approche réadaptation/adaptation c'est d'abord une façon de voir, de regarder certaines problématiques d'un point de vue différent de la prise en charge, de la prestation de services à un individu. Elle compose avec l'individu et son milieu.

Elle vise essentiellement à tout mettre en oeuvre afin que le bénéficiaire hébergé puisse continuer à faire tout ce qu'il est encore capable de faire. Elle se fonde sur la conviction profonde qu'il y a chez tout individu des capacités "résiduelles" à actualiser et dans l'environnement des ressources à exploiter pour faciliter ou compenser la perte d'autonomie d'une personne souffrant d'incapacités. Elle s'appuie sur le principe voulant que toutes les ressources tant humaines que matérielles et environnementales peuvent et doivent être mises à contribution pour permettre au bénéficiaire de mener la vie la plus autonome et la plus "normalisante" possible.

Par ressources humaines, nous entendons autant celles des bénéficiaires que celles des intervenants, familles, bénévoles, réseau significatif et les autres. On ne peut en effet parler d'autonomie sans amener le bénéficiaire à "participer" à sa réadaptation/adaptation; lui laisser prendre ses responsabilités; lui offrir la possibilité de faire des choix; impliquer sa famille et son réseau à sa réinsertion sociale ou son adaptation au milieu hospitalier.

Par ressources matérielles, nous entendons l'équipement, le transport, l'architecture, le mobilier adaptés.

Par ressources environnementales, nous entendons l'influence des attitudes et des mentalités en regard de l'organisation du temps (horaires uniformisés), de l'espace et de la personne hébergée; des conditions de vie dans l'établissement (règlements politiques) et de la qualité de vie du milieu.

Comme on le voit, l'approche réadaptation/adaptation compose avec le bénéficiaire, sa famille, son réseau, les intervenants, le milieu, l'environnement. Cette multiplicité de facteurs déterminants nous amène à poser deux questions principales: la formation des intervenants et la mise en opération d'un service de réadaptation dans un établissement de longue durée.

En regard de la problématique déjà posée, soit la réadaptation/adaptation des personnes âgées hébergées en soins de longue durée, quelle formation privilégier? Quelles qualifications seraient requises, pouvant répondre adéquatement aux attentes exprimées?

Pour y répondre, rappelons d'abord que la vie de tous les jours se tisse d'une multitude de gestes simples (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer) garants de notre autonomie. Rappelons aussi que le bénéficiaire âgé, hébergé en soins de longue durée, se trouve sérieusement atteint spécifiquement dans son autonomie à poser certains gestes de la vie quotidienne. Cette incapacité peut être due à une déficience plus ou moins prononcée.

Considérant ces faits, nous croyons qu'une connaissance spécialisée n'est pas toujours requise pour trouver et prendre des moyens de compenser ou recouvrer une diminution de capacités. Une connaissance générale, diversifiée, l'imagination et la créativité peuvent suffire dans nombre de cas. De là l'idée d'envisager la perspective d'étendre une philosophie de réadaptation/adaptation à un grand nombre de disciplines.

Pour ce faire, les maisons d'enseignement, tant les collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) que les universités, se doivent de requestionner leur programmation relative à cette nouvelle réalité: le phénomène croissant du vieillissement de la population. Il devient impérieux que toutes les disciplines touchant tant soit peu la santé, la vie sociale, culturelle, mentale et économique de la population âgée, intégrent à leur formation des notions (savoir), des pratiques (savoir-faire), des attitudes (savoir-être) orientées essentiellement vers le maintien ou le recouvrement de l'autonomie de cette clientèle.

D'autre part, les établissements de soins de longue durée se doivent de développer des services et des programmes dans la même ligne de pensée, soit l'autonomie des gens concernés.

Parler d'organisation d'un service de réadaptation/adaptation se traduit fréquemment dans les établissements par le développement de services spécialisés. Chacun souhaite "idéalement" offrir à sa clientèle les services de physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, psychologues, diététistes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux... en plus des services médicaux et infirmiers. Or, il convient aujourd'hui de requestionner cette approche de la réadaptation à la lumière de récentes recherches.

Partant d'études scientifiques recensées à travers le monde et analysées par eux, les membres du comité OMS (Organisation mondiale de la santé) d'experts de la prévention des incapacités et de la réadaptation des handicapés (1981), sont d'avis "que l'approche spécialisée et l'approche non spécialisée avaient l'une et l'autre fait leurs preuves" (15,, p.23). Ils soulignent de plus les impacts d'une trop grande spécialisation en ce domaine.

"La spécialisation croissante a rendu la réadaptation très complexe, plusieurs spécialistes interviennent souvent dans le traitement d'un cas d'incapacité. Il en résulte des coûts exagérement élevés, une certaine désorientation des malades, des problèmes de communication et des conflits d'atttribution entre les personnels. Bien que le travail d'équipe doive être généralement encouragé, dans le cas de services de réadaptation il a souvent nui à la bonne utilisation des personnels" (15, p.25).

Afin d'éviter semblable écueil, il nous apparait judicieux d'inciter chaque établissement à étudier les moyens de simplifier les structures de personnels et l'organisation de son service de réadaptation/adaptation. Les spécialistes sont indéniablement indispensables. Dans bien des cas, il serait souhaitable de redéfinir leurs tâches, remanier en conséquence les programmes en vigueur et leur coordination afin d'améliorer l'efficacité et la performance de l'ensemble des personnels de réadaptation.

A titre indicatif, nous croyons que les tâches d'évaluation, de diagnostic et d'élaboration du plan d'intervention, doivent être effectuées par des spécialistes. Dans nombre de cas, l'exécution des tâches mineures peuvent être dévolues à des personnels moins ou pas du tout spécialisés: stagiaires, familles, réseau naturel d'aide, bénévoles et bénéficiaires mêmes peuvent et devraient être mis à contribution.

Dans le même ordre d'idée, nous devons encourager l'utilisation de technologies simples mais efficaces de nature à aider les intéressés à accomplir les actes de la vie quotidienne.

La réadaptation dans nos établissements c'est l'affaire de tout le monde. Chacun, à son niveau, doit avoir la possibilité de s'y impliquer.

Pour conclure, rappelons certains principes qui semblent être plutôt négligés lorsqu'il s'agit d'organiser des soins de longue durée:

LE BENEFICIAIRE, QUEL QUE SOIT SON AGE, SA PATHOLOGIE, SON MILIEU SOCIAL, A DES VALEURS, UN RESEAU AFFILIATIF, DES ROLES, DES DROITS, DES DEVOIRS, DES INTERETS, DES POUVOIRS.

- Il devrait avoir accès à des services d'évaluation complète, de prise en charge rapide avec des services de qualité et à un milieu de vie convenable;

- il a le droit d'être impliqué dans le plan de traitement qui le concerne et le devoir de prendre en main la récupération ou le maintien de sa santé;

- il est bénéficiaire d'un réseau de services, il n'est pas l'objet d'un établissement.

LA SOCIETE DOIT REVISER SES PRIORITES ET SES CHOIX D'ACTIONS EN TENANT COMPTE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.

- Elle doit mettre à la disposition de sa population vieillissante des services adéquats, accessibles, complémentaires et continus;

- elle doit prévoir les ressources humaines qualifiées et les ressources matérielles adéquates en tenant compte des spécificités de cette population

- elle doit assurer à cette population une véritable qualité de vie qui tient compte de l'identité et de la globalité de sa personne et de ses besoins divers.

Ainsi les mentalités seront modifiées et l'on pourra parler non seulement de l'augmentation de l'espérance de vie de la population mais d'une espérance de vie en bonne santé.

Il reste donc à souhaiter que tous y voient la nécessité que notre population vieillisse heureuse malgré des pertes d'autonomie et qu'elle demeure un apport à notre société plutôt que d'assister à une fuite dans la régression, la confusion et l'abandon total pour attendre la mort. C'est hélas, trop souvent ce que l'on retrouve présentement en soins de longue durée, c'est-à-dire chez une bonne partie de notre population desservie par nos services de santé et nos services sociaux. Il faut un changement: une orientation est proposée...

REFERENCES

REFERENCES

(1) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Les orientations proposées pour le secteur des soins prolongés, Février 1979

(2) CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Objectif: santé, Gouvernement du Québec, Août 1984

(3) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec 1985

(4) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUEBEC, Mémoire relatif à l'élaboration d'un programme-cadre de réadaptation audiologique pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Juillet 1984

(5) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES DIETETISTES DU QUEBEC, Pour que l'alimentation améliore la qualité de vie dans les établissements de soins à long terme, Novembre 1984

(6) COTE, Marcel, Rapport du Comité de travail en matière de diagnostic, de traitements, d'évaluation, d'adaptation et de réadaptation des personnes handicapées à cause d'une déficience motrice, ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la réadaptation, Novembre 1981

(7) MISHARA, Brian L. & RIEDEL, Robert G., Le vieillissement, Paris Pub. 1984

(8) BEAULIEU, Ginette, Dossier les troubles mentaux chez la personne âgée, Carrefour des affaires sociales

(9) GREER, Melvin, Dementia: A major disease for aging, Geriatrics, vol. 37, no. 4, 1982, pp. 101 à 107

(10) GOULET-YELLE, Fernande, Confusion mentale: dépasser l'approche fataliste, Carrefour des affaires sociales

(11) RON, M.A. et AL, Diagnostic accuracy in presenile desmintia, British Journal of Psychiatry, 1979, pp. 161 à 168

(12) SKOLASKI-PELLETIER, Teresa, Environnemental adaptations with compensate for dementia. Physical & Occupational therapy in geriatrics, vol. 3 (1) 1983, pp. 31-44

(13) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOGUES DU QUEBEC, Commentaires et réflexions pour aider à l'élaboration d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Octobre 1984

(14) HEBERT, Réjean, L'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et sa mesure, Juillet 1981

(15) OFFICE DES PERSONNES HANDICAPEES DU QUEBEC, A part...égale, l'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous, Gouvernement du Québec, 1984

(16) O.M.S., Prévention des incapacités et réadaptation des handicapés, Genève 1981

(17) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES ERGOTHERAPEUTES DU QUEBEC, Mémoire au sujet d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Juillet 1984

(18) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUEBEC, Commentaires concernant l'élaboration d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Novembre 1984

(19) BROWN, L. Diller, Rehabilitation Indicators: Their Nature and uses for assisment, University Press, Baltimore, 1980

(20) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Preventing desability in the elderly, Rapport d'un groupe de travail, Cologne, 1981

(21) ORDRE DES INFIRMIERS ET INFIRMIERES DU QUEBEC, Commentaires et recommandations pour l'élaboration d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Juillet 1984

(22) KUNTZMANN, F. Objectifs de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées, La revue de gériatrie, Novembre 1980

(23) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PHYSIOTHERAPEUTES DU QUEBEC, Commentaires, réflexions et recommandations concernant un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Septembre 1984

(24) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Evaluation des bénéficiaires en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins prolongés, Mai 1982

(25) CORPORATION PROFESSIONNELLE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUEBEC. Section orthophonie, Mémoire relatif à l'élaboration d'un programme-cadre de réadaptation orthophonique pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Septembre 1982

(26) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, mars 1982 (2e version)

(27) MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Courte durée gériatrique, Québec, janvier 1986

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux